



Visibilidad e invisibilidad de los cuidados en enfermería en una colonia neuropsiquiátrica argentina: una mirada etnográfica

Silvia Balzano*

RESUMEN

El presente trabajo recoge las reflexiones sobre la identidad y la labor desarrollada por el personal de Enfermería de una institución neuropsiquiátrica, dedicada a la atención de la persona con discapacidad mental, a raíz de los cambios que, desde 2004, se vienen implementando en esa Institución. Inspirados en los procesos de desinstitucionalización, iniciados en Europa por Basaglia, Laing, Cooper y Szasz entre otros, y en nuestro medio por Hugo Cohen, esta transformación da por tierra con muchos años de práctica de un modelo custodial, que perpetraba la función asilar, más que la rehabilitación para la integración a la vida cotidiana. Los cambios instrumentados y los ajustes que el personal de Enfermería debió hacer generaron una serie de reflexiones y cuestionamientos sobre la identidad del colectivo y la invisibilidad de su quehacer.

Palabras clave: Enfermería; Desinstitucionalización; Modelo custodial de atención; Antropología médica; Cultura organizacional

VISIBILITY AND INVISIBILITY OF NURSING WORK IN AN ARGENTINE NEURO-PSYCHIATRIC COLONY:
AN ETHNOGRAPHIC PERSPECTIVE

ABSTRACT:

This paper presents reflections on identity and on the work of the nursing staff of a neuropsychiatric institution, dedicated to the care of people with mental disability, as the result of changes implemented in the institution since 2004. Inspired by the deinstitutionalization movement initiated in Europe by Basaglia, Laing, Cooper, Szasz, and Hugo Cohen in Argentina, these transformations would leave aside the traditional custodial model, in favor of a psycho-social

* Doctora en Antropología de la Universidad de California-Los Ángeles (UCLA). Investigadora independiente en el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina. Correo electrónico: silvia_balzano@yahoo.com.ar. Fecha de recepción: mayo de 2011. Fecha de aprobación: junio de 2012.

model which seeks integration into community life. The implemented changes and adjustments generated among the nursing staff a variety of reflections and questions concerning their collective identity and the invisibility of their work.

Key words: Nursing; Deinstitutionalization; Custodial model of care; Medical anthropology; Organizational culture

VISIBILIDADE E INVISIBILIDADE DO TRABALHO DA ENFERMAGEM EM UMA COLÔNIA ARGENTINA
NEURO-PSIQUIÁTRICA: UMA PERSPECTIVA ETNOGRÁFICA

RESUMO:

Este artigo apresenta reflexões sobre a identidade e sobre o trabalho da equipe de enfermagem de uma instituição neuropsiquiátrica, dedicados ao cuidado de pessoas com deficiência mental, como resultado de mudanças implementadas na instituição desde 2004. Inspirado no movimento de desinstitucionalização iniciado na Europa por Basaglia, Laing, Cooper, Szasz, e em nosso ambiente por Hugo Cohen, essas transformações seria deixar de lado o modelo tradicional privativa de liberdade, em favor de um modelo psico-social que busca a integração na vida comunitária. As mudanças implementadas e ajustes gerados entre a equipe de enfermagem de uma variedade de reflexões e questionamentos sobre sua identidade coletiva e da invisibilidade do seu trabalho.

Palavras-chave: Enfermagem; Desinstitucionalização; Modelo do cuidado de custódia; Antropologia médica; Cultura organizacional

INTRODUCCIÓN

En la última década, diversas fuentes, tanto periodísticas como estrictamente científicas, han llamado la atención sobre la marcada escasez de personal de enfermería como fenómeno global (Duchscher, 2008). En un informe realizado por la Organización Mundial de la Salud para la Argentina, en donde se evalúa la situación concreta de enfermería en salud mental, no sólo se advierte sobre la falta de personal, sino que también se señala que, en la mayoría de los casos, dicho personal no ha sido entrenado profesionalmente y que el modelo de atención predominante es custodial en el marco de los grandes hospitales psiquiátricos (Gómez y Olivares, 2006). Por su parte, el Director de Enfermería de la Secretaría de Salud de la Nación afirmó que faltan más de 3500 enfermeras, que el promedio de edad del plantel actual es de 50 años y que tienen problemas de salud por sobrecarga de tarea, desgaste físico y malas condiciones de trabajo (Florín, 2006).

Un aspecto desconcertante y paradójico es que, a pesar de su escasez, sigue habiendo una falta de reconocimiento al quehacer enfermero,¹ al punto de que aparece invisibilizado² dentro del sistema de proveedores de salud (Norwood, 2005). La vieja imagen prototípica de la enfermera de cofia blanca y pidiendo silencio pareciera haberse internalizado, acallando su propia actividad. La invisibilización de su quehacer ha sido entendida desde diferentes aspectos: el hecho de ser una labor realizada principalmente por mujeres (Colliere, 1986); por tratarse de un “mero” conocimiento práctico y, por lo tanto, “no-científico” (Jackson, 1997), por el hecho de estar subsumidas al poder/saber médico (Bjorklund, 2004). Si bien estos factores estudiados contribuyen sin duda alguna a la invisibilidad de su quehacer, creemos que están englobados dentro de una problemática más abarcativa vinculada con la propia práctica disciplinar.

Una revisión rápida sobre las múltiples definiciones sobre qué es el quehacer enfermero convergen en la misma idea: la esencia de la enfermería se centra en la práctica del cuidar (Leininger, 1988; Torralba i Roselló, 1998; Watson, 1988). La divergencia comienza cuando se intenta definir qué implica el arte de cuidar. En un análisis multivariado del concepto de cuidar realizado con personal de enfermería, Lea, Watson y Deary (1998) identificaron dos ejes principales: uno relativo a los aspectos psicosociales y el otro a los aspectos técnicos y profesionales del cuidar.

Esta dicotomía en el paradigma epistemológico enfermero se traduce en la práctica cotidiana en estrategias diferenciales para el cuidado del cuerpo como objeto y del cuerpo como experiencia vivida (Grimberg, 2009). Es en esta puesta en práctica del cuidado del cuerpo como experiencia vivida –que busca resguardar la intimidad y dignidad del padeciente, preservando la privacidad del propio cuerpo– en donde podremos encontrar otras razones para entender la invisibilidad de su labor. Este aspecto, si bien común a toda la disciplina, aparece aún más destacado en el caso de las/os enfermeras/os dedicadas/os a la atención de las personas con discapacidad mental, para quienes el control del propio cuerpo no está siempre dentro del rango de sus posibilidades y quienes establecen un lazo fuerte de dependencia con sus cuidadores (De Schipper, Stolk, y Schuengel, 2006).

El tema escogido nos llevó a revisar el concepto sociológico de “trabajo sucio” acuñado por Everett Hughes (1962, 1971). Concretamente, el autor se refiere a todas aquellas actividades –dentro de las diferentes profesiones/trabajos– que resultan menos atractivas y que la mayoría de las personas no elegiría

hacer. Refiriéndose específicamente al personal de enfermería, dice Hughes que la división de trabajo jerarquizada dentro de este ámbito disciplinar “tiene que ver con la ‘limpieza’ de las funciones que se desempeñan” (Hughes, 1971:307).

En una interesantísima reelaboración del concepto de “trabajo sucio”, Lawler (1991), siguiendo a Norbert Elías en *El Proceso de la Civilización*, hace referencia a cómo ciertas funciones corporales han sido sometidas a un proceso de privatización en las sociedades “civilizadas”. Asimismo, y abrevando en el trabajo de Douglas (1984), Lawler recoge la referencia ya clásica de la antropóloga inglesa cuando se refiere a “*dirt as a matter out of place*” y advierte la necesidad en todas las culturas de desarrollar estrategias peculiares a fin de evitar la anomalía de lo contaminado. En una línea similar de pensamiento, Julia Kristeva (1990) describe las sustancias corporales como abyectas, en la medida en que, al traspasar los límites del propio cuerpo, disturban el orden, el sistema y la propia identidad. Es en este exitoso arte de saber disimular “las cosas fuera de lugar”, en la reorientación de lo público hacia lo privado, en donde también se invisibiliza la labor enfermera.

LA COLONIA MONTES DE OCA

El lugar elegido para desarrollar esta investigación fue la Colonia Nacional Doctor Manuel Montes de Oca, única institución nacional dedicada al tratamiento de personas con discapacidad mental. Creada en 1906 siguiendo los lineamientos de la más avanzada terapéutica europea, Cabred, su fundador, instaura un sistema de “puertas abiertas” en contraposición al asilo cerrado existente hasta ese momento, dando así la posibilidad de que el paciente pudiera ir logrando su progresiva rehabilitación en un ámbito no restrictivo y a través de labores agrícolas y artesanales desarrolladas en la misma institución (Balzano, 2008).

Con el tiempo, el paulatino desplazamiento de los objetivos iniciales con los que había sido creada fue convirtiendo a la institución en un sitio de reclusión, sin objetivo terapéutico alguno. Hacia mediados de la década del ochenta, la misteriosa desaparición de la doctora Cecilia Giubileo³ dentro del predio de la Colonia y el rumor de que la razón era debida a su investigación sobre ablación ilegal de órganos, puso la lupa sobre el establecimiento y dejó en evidencia su progresivo deterioro. A principios de la década del noventa, la Colonia fue intervenida, sucediéndose desde entonces una serie de directores/

interventores, sin que llegara a consolidarse una política institucional ni un rumbo definido en lo relativo al tratamiento del paciente que albergaba.

Al mismo tiempo, el proceso de desinstitucionalización de las personas con padecimientos mentales había comenzado en Europa Occidental, Estados Unidos, Australia y Nueva Zelandia hacía ya más de cincuenta años (Rothbard y Kuno, 2000). En el año 1961, aparecen simultáneamente *Asylum* de Erving Goffman, *La Histoire de la folie* de Michel Foucault, *The Myth of Mental Illness* de Thomas Szasz y es también el año en que Franco Basaglia se instala en Gorizia e inicia las primeras experiencias de desinstitucionalización que culminarán en la Ley 180 o Ley Basaglia de 1978.

En Sudamérica, dicho proceso tuvo considerable impacto en las políticas de Salud Pública, en especial a partir de la década de los ochenta, en donde se produce una expansión de los movimientos de derechos civiles de los enfermos mentales (Larrobla y Botega, 2001). En nuestro país específicamente, Ablard (2003) muestra cómo la fuerza de la tradición asilar, encarnada en diferentes personajes de nuestra historia, va menoscabando todo intento progresista de transformación de la actividad psiquiátrica. En aras de este propósito, una mención especial merece Mauricio Goldenberg, el llamado desmanicomializador de Lanús, en ocasión de su fallecimiento en septiembre de 2006 (Vezzetti, 2006). Goldenberg pensaba en la necesidad de una reforma global del sistema con la apertura de servicios de psicopatología en los hospitales generales, bajo la consigna de que la internación en un hospital general provocaba menos traumas que en un hospicio. Sin embargo, los ardientes debates sobre desinstitucionalización que fueron dándose en la Argentina contrastaban muchas veces con las tibias respuestas de las autoridades pertinentes. Al respecto comentan Galende y Kraut (2006) que los argumentos que se oponen son mucho más de carácter político que de orden médico y reflejan el temor de recrear un problema social. Corroboran, así, lo que sesenta años antes Eduardo Menéndez (1979) planteaba en cuanto a que el etiquetamiento del padecimiento mental no es una cuestión reducible al nivel psiquiátrico, sino que emerge como un problema social que requiere ser “controlado”.

Recién hacia el 2007, se presentó en la Argentina un exhaustivo informe –encarado desde Derechos Humanos y Salud Mental por el Mental Disability Rights International y el Centro de Estudios Legales y Sociales– que no sólo daba cuenta de la situación en los grandes hospitales neuropsiquiátricos que albergaban población de pacientes psicóticos, sino también de aquellas institu-

ciones dedicadas a la rehabilitación de la persona con discapacidad mental, tal como es el caso de la Colonia Doctor Manuel Montes de Oca (CELS, 2007). Finalmente, en noviembre de 2010 se sanciona la Ley de Salud Mental, que establece una serie de garantías para las personas con este tipo de padecimiento, y que tiene como principios rectores la necesidad de evitar la interacción en institutos neuropsiquiátricos y la reinserción comunitaria del padeciente.

Dentro de este complejo y denso panorama histórico, las actuales autoridades de la institución –inspiradas en los movimientos de desinstitutionalización iniciados por Raúl Cohen en Río Negro y José Luis Pellegrini en San Luis– comenzaron en 2004 un plan de reforma destinado a mejorar la calidad de atención y reestructuración de los servicios implementando un modelo centrado en lo psicosocial. A fin de poner en práctica la nueva propuesta de trabajo, la dirección de la institución fue tomando una serie de medidas que impactaron en su funcionamiento. Las resistencias al cambio fueron muchas y de variada naturaleza, tanto desde el personal administrativo como del personal del área de salud, en virtud de que la transformación que quería ponerse en marcha daba por tierra con muchos años de práctica de un modelo custodial, que perpetraba la función asilar más que la rehabilitación para la integración a la sociedad mayor (Balzano, 2007).

Dentro de este contexto, nuestro interés fue abordar el estudio del personal de enfermería en virtud de que, tal como lo muestra la literatura relativa al tema (Greiner, 1991; Cummings, Hayduk y Estabrooks, 2005), la reestructuración hospitalaria produce impactos peculiares en todo el personal, pero especialmente en el personal de enfermería, entre otras cosas, por ser dicho personal el que más horas permanece en contacto con el paciente. Para el momento en que se realizaba esta investigación, durante finales del 2008 y principios de 2009, el plantel de Enfermería estaba compuesto por 219 personas, (70,4% eran auxiliares de enfermería; 29% eran enfermeras universitarias y 0,6% licenciadas en enfermería), mientras que el resto del plantel médico estaba compuesto por 85 profesionales (25,8% eran psiquiatras; 29,5% psicólogos y 44,7% compuesto por clínicos y otras especialidades). En sus propios términos, el personal de Enfermería es *el que verdaderamente maneja* los pabellones, es como la *columna vertebral*, la *argamasa* de los servicios, o el *cigüeñal* de la institución. A pesar de estas afirmaciones compartidas por los prestadores de salud de la Colonia, el quehacer enfermero relativo al cuidado que proporciona

a los residentes aparece invisibilizado, tal como ocurre en otros establecimientos psiquiátricos (Clark, 1999; Mac Neela, *et al.*, 2006).

METODOLOGÍA

El presente trabajo es parte de un proyecto de investigación etnográfica que la que suscribe viene realizando en el establecimiento. Parte del proyecto estuvo dedicado a la evaluación del Síndrome de Desgaste Laboral Crónico, como parte del cual se confeccionó una encuesta de naturaleza cuanti-cualitativa para relevar datos sociodemográficos y temas relativos a la percepción de las condiciones laborales, tareas desarrolladas, cantidad de residentes asistidos, apoyo institucional recibido, posibilidad de atención personalizada y la percepción del ambiente laboral.⁴ La muestra total quedó conformada por 105 individuos; los porcentajes de auxiliares de Enfermería y de enfermeros universitarios y/o licenciados en enfermería resultan muy similares a los porcentajes nacionales.⁵ Para tratar específicamente el tema que nos ocupa, sobre las 105 personas encuestadas, se confeccionó una sub-muestra etnográfica de 45 enfermeras/os con quienes se hicieron entrevistas en profundidad y dos grupos focales con los que se indagó específicamente sobre la repercusión de los cambios que se venían operando en la institución.

El hecho de haber sido convocada durante 2004 por las autoridades de la Colonia para dictar un curso de Antropología Social para las auxiliares que aspiraban al título de enfermeras universitarias facilitó enormemente el acceso a los pabellones y largas horas de observación en diferentes contextos de interacción, durante los diferentes turnos en los que se desempeñaban, así como la posibilidad de charlas informales durante los momentos de descanso en el *Office* de Enfermería.

Del total de la muestra, el 76% estaba conformado por mujeres y el 34% por hombres, con una edad promedio de 45 años, siendo el promedio de edad de las mujeres mayor que el masculino. El 38% del personal había completado estudios primarios y/o no había completado la secundaria, el 22% tenía secundaria completa y el restante 40% había completado o estaba por completar sus estudios universitarios en el área de Enfermería. El 69% del personal es contratado, mientras que el 31% es de planta permanente. Con relación a los turnos, el 66% trabaja con turnos establecidos, mientras que el 34% tiene tur-

nos rotativos de 6 horas, seis veces por semana. El 56% trabaja en los nuevos dispositivos creados y el 44% restante en las estructuras tradicionales.⁶

LAS ETAPAS INICIALES DE LA ENFERMERÍA EN LA COLONIA

La presencia de enfermeros profesionales en la Colonia Montes de Oca es tardía, data del inicio de la década del noventa, época en la que fue contratado el primer grupo para trabajar en el área de clínica médica. Según relata Malamud (1927), hacia 1920, además de las nueve villas –lo que hoy llamamos pabellones–, el establecimiento contaba con talleres en donde trabajaban los internados.⁸ El patrón organizativo original establecía que cada villa tuviese un celador responsable. Asimismo, cada diez internados había un cuidador, quien acompañaba permanentemente al grupo en todos sus trabajos, paseos al aire libre, picnics, caminatas, etcétera. El cuidador responsable tenía que acreditar la presencia de cada paciente cuando regresaban al pabellón, ya que las villas, abiertas de día, permanecían cerradas de noche. “Se esperaba que el cuidador desempeñara el papel de modelo ejemplificador, trabajando en los talleres a la par de los enfermos, tomando papel activo en las actividades recreativas y deportivas” (Iacoponi, 1999:5).

Asimismo, cabe recordar la presencia de una congregación de religiosas carmelitas, dedicadas no sólo a cuidar, sino también a dirigir los talleres para mujeres, tal como consta en las fotografías que aparecen en las Memorias Médico-Administrativas que empezaron a publicarse en la Colonia misma a partir de 1915-1916.

Cuidadores, celadores o religiosas, las personas dedicadas a la atención del residente eran de formación empírica, o simplemente empíricos,⁷ como aún suelen nombrarlos dentro del núcleo disciplinar.

Tuvimos oportunidad de entrevistar a algunos de los más antiguos empleados de la Colonia, muchos de los cuales se habían criado dentro del predio por haber sido, a su vez, sus propios padres empleados de la institución. Habían empezado como cuidadores y recordaban con cierta nostalgia sus primeros años en esta labor. Comentaba Ernesto, quien había ingresado muy joven, durante la década del sesenta, que: “Antes uno iba a pedir crédito a un banco y, si decía que trabajaba en la Colonia Montes de Oca, poco menos que una alfombra roja le ponían a sus pies. Ya se sabía que era una persona de moral intachable”.

El comentario de Ernesto contrasta con la percepción que el imaginario social tenía y tiene sobre los que desempeñan sus labores en la Colonia, estigmatizados no sólo por estar en un ambiente con *locos*, sino también por lo ocurrido con el caso Giubileo. Al interrogar sobre la práctica del personal de enfermería en esta primera época, Antonio, uno de los supervisores, comentó:

Los enfermeros tenían menos cabida en esa época. No había medicación psiquiátrica. Solo había una 'caja de enfermeros' que estaba lacrada. En la caja había hilo de sutura y una jeringa con agujas. De tanto en tanto, pasaba un enfermero periférico para hacer curas planas.

Comentaban estos viejos empleados de la Colonia, muchos de los cuales obtuvieron posteriormente el título de enfermeros universitarios, que a los pabellones se los llamaba *casa-hogar* y que los internados trabajaban largas horas en el sector de agricultura, abasteciéndose con los productos el 60% del consumo. Había acuerdo, entre el grupo entrevistado, sobre lo beneficioso de esta forma terapéutica, en tanto el *paciente* sentía orgullo por su capacidad laboral y, asimismo, no requería ninguna medicación, ya que quedaba exhausto por haber trabajado durante todo el día en el campo.⁹

Hacia mediados de la década del setenta, el perfil de la Colonia como granja empezó a cambiar para acentuar su carácter de hospital psiquiátrico. Pero es recién a principios de los noventa que comienza en el país la profesionalización de los auxiliares de enfermería y el proceso de auxiliarización de los empíricos, puesto en marcha por el Ministerio de Salud de la Nación (Heredia *et al.*, 2005). Concomitantemente, el mismo proceso va instalándose en la Colonia. Al respecto, comenta Emilse, auxiliar de Enfermería:

A pesar de no tener el título de enfermera, yo hacía cosas de enfermería. Yo hice cosas que no debería haber hecho. Yo colocaba suero, colocaba sondas de todo tipo, gástricas, vesicales. Pero antes era así. No se estudiaba tanto. A uno le asignaban a alguien para que le enseñara. 'Bueno, Betty, vos le vas a enseñar a Emilse. ¡Vamos, Emilse, vamos!'. Todas las mañanas salía con ella. Así se coloca un suero, así se coloca una sonda, así se saca este vendaje. Así se hacen curaciones. Así se hace uno enfermera. Luego llegó la época de las matrículas y había que estudiar.

El relato de Emilse refleja la situación del contexto argentino de ese momento. Específicamente en el caso de la Colonia, aquellas personas que habían empezado como *mucamas/os*, que se dedicaban a las actividades de limpieza y que habían ido adquiriendo conocimientos del quehacer enfermero en la Colonia misma, debieron, por ordenanza ministerial, recibir capacitación específica

en los cursos llamados de “Reconversión de Empíricos”, organizados por el mismo Ministerio. La profesionalización de los auxiliares fue concretándose con posterioridad, alentada y sustentada en parte económicamente por la Colonia.¹⁰

Es también durante la década del noventa cuando se va consolidando como estructura administrativa el Departamento de Enfermería dentro de la Colonia, con un claro perfil de su personal en un rol de colaboración/subordinación a la autoridad médica y a la organización hospitalaria, siguiendo la vieja tradición de Florence Nightingale de ser la mano derecha al servicio de la estructura médica (Cohen, 1981). El personal de Enfermería fue organizándose jerárquicamente sobre la base del tipo de tarea que desempeñaban: aquellas de mayor estatus, vinculadas a la organización del servicio; las de menor, vinculadas al manejo directo del paciente. El ascenso a puestos de mayor jerarquía y prestigio alejaba y, aun hoy, aleja al personal de enfermería del contacto directo con la persona a la que dispensa cuidados.¹¹ Veamos a continuación el relato de Teresa, auxiliar de enfermería, que recuerda su primer tiempo en la Colonia:

Yo estoy hace once años que vengo trabajando en la Colonia. Entré en una depresión muy grande. Pero le pasa sobre todo a los nuevos, a los contratados. Cuando yo entré a trabajar acá, al 7, le voy a confesar honestamente... Cuando yo fui al 7, yo bajaba y me ponía a trabajar debajo de la escalera. Nadie me veía llorar. Yo me iba a la casa y sentía ese olor y estaba todo el día con ese olor metido en la nariz. Yo me decía: ‘¿quién me mandó a renunciar a la clínica? Ya no doy más. ¿A dónde me vine a meter?’ Yo no sabía qué hacer. Ver a los chicos que babeaban, y el otro que se defeca y que uno está sentado y que me pasaban la mano con materia fecal. ‘¿Ay, dónde vine?’ En ese tiempo estaban todos desnudos. Ver todo eso, tener que bañarlos. ¿Sabe lo que me hizo superar todo eso? El cariño y el afecto de los pacientes que yo sentí al cuidarlos.

Teresa se refiere a uno de los pabellones más críticos que acogía a varones relativamente jóvenes con un severo grado de discapacidad mental. Muchas de las enfermeras/os entrevistadas comentaron que habían iniciado sus actividades en la Colonia en ese pabellón. Por mucho tiempo, fue el lugar de castigo para todo aquel empleado que hubiese incurrido en alguna falta grave.¹² El Pabellón 7, convertido en el arquetipo de las “malas prácticas”, fue el primer paso de la transformación, en la medida en que fue sectorizado y sus residentes fueron ubicados en Centros de Día.

Para Teresa, como para muchas otras enfermeras/os, el paso por el 7 no la ha dejado “contaminada” en la construcción de su propia identidad, sino más bien fortalecida, en tanto elige poner énfasis en los aspectos ennoblec-

dores de la actividad: en el caso específico de Montes de Oca, el cariño y el afecto como formas terapéuticas de lo que Jean Watson llamó acertadamente “el encuentro total” en la relación que se establece entre la enfermera y el paciente (Davis, 2007).

LA ETAPA DE CAMBIOS

Como ya hemos dicho, a partir de 2004 se suscita una serie de cambios en la Colonia, tendientes a modificar el modelo de atención de la persona internada, muy orientado hacia lo bio-médico y con poco énfasis en aquellos aspectos sociales que pudieran ayudar a la persona a reinserirse dentro de la sociedad mayor. Las modificaciones fueron acompañadas de reuniones informativas con diferentes sectores del personal asistente en las que se iba dando a conocer cuál era la lógica que impulsaba el cambio.¹³

Como ya se ha mencionado también, la reestructuración hospitalaria produce impactos peculiares en todo el personal, pero especialmente en el personal de Enfermería (Greiner, 1991; Cummings, Hayduk y Estabrooks, 2005). En el caso particular de la Colonia, los cambios instrumentados pusieron de manifiesto cierto grado de desvalorización de la labor enfermera, lo que consecuentemente llevó a una serie de cuestionamientos y reflexiones sobre la actividad, la identidad del colectivo y el sentido de su quehacer. Asimismo, permitió actualizar viejos debates propiamente disciplinares respecto de su autonomía profesional y de su “deber ser” (De Titto, Ricci y De Titto, 2004).

Hacia 2007, una de las señales más evidentes para plasmar el cambio que se perseguía fue pintar el exterior de los pabellones –tradicionalmente blancos– con vivos colores y decorar su interior con guardas de alegres tonalidades. En clave batesoniana, el mensaje “esto ya no es un hospital” se podía decodificar desde cualquier punto del predio. El tema de la transformación paradigmática que se había instalado ya no era privativo del adentro colonial, sino que se mostraba al mundo exterior. Entre el personal de enfermería, surgía la crítica de que *parece una cancha de fútbol*, no sólo en alusión a los colores, sino, por extensión, a la ausencia de orden y estructura, tan característicos del deber ser enfermero.

El cambio de apariencia permitió que entráramos a discutir otros cambios sustanciales que se estaban gestando. Una de las críticas más comunes a la nueva gestión se resumía en la idea de que *todo debería converger*

en nosotras, tal como afirmaba una de las jefas de pabellón. La sensación de pérdida de poder, así como también de la posibilidad de perder la fuente de trabajo, se instaló como uno de los principales temores dentro del ámbito del personal de Enfermería. Para la época en que estábamos realizando el trabajo de campo, coincidente con las primeras puestas en marcha de la reforma, había circulado el rumor acerca de que *se iban a necesitar personas que estuvieran con el paciente, más que enfermeras*. Esto generó inmediatas reacciones en el personal de Enfermería, dando lugar a profundas reflexiones sobre su identidad y quehacer. En este sentido, las narrativas producidas por el personal de Enfermería destacan su rol en contraposición a los diferentes prestadores de salud que interactúan en la Colonia con la persona internada. Así lo relata Néstor:

Esto lo podemos dividir en dos, hubo dos etapas, una etapa del médico viejo y la enfermera empírica y una comunidad entera que decía que la enfermera ponía chatas y limpiaba culos. Eso ya pasó. Enfermería fue progresando mucho, ocupándose mucho y haciendo de ello, por ley, una profesión. Es una profesión en cuanto combina los conocimientos técnicos y científicos necesarios para la práctica y la manipulación necesaria que el chico requiere.¹⁴ Entonces logramos una profesión. Pero antes y después, el que está 15 minutos con la persona y prescribe es el médico y el que está 6 horas con la persona es el enfermero.

Otro tanto puede decirse de su posicionamiento con relación a los psicólogos que también desempeñan sus tareas en la institución. Comentaba Charito, una de las auxiliares más experimentadas y antiguas de la Colonia:

Yo entiendo que los psicólogos son muy importantes, y que la psicología es importante, pero, comparado con enfermería, nada que ver. Cuando se presentan casos de descompensaciones, los psicólogos llaman a Enfermería. Pasa que a veces hay pacientes descompensados mal y hay que llegar y charlarle al paciente y sacarlo de la situación. En una ocasión le dije al psicólogo: 'Y esto (que hago yo de hablarle) ¿no lo puede hacer usted?'. Finalmente, ¿cómo termina el paciente? Inyectado. O sea ¿quién termina actuando? El enfermero.

Su centralidad y su carácter de indispensable fue señalada en reiteradas oportunidades en contraposición con el personal de rehabilitación, con quienes compiten fundamentalmente por los espacios.

Pensá que el mayor rehabilitador aquí es el enfermero porque está las 24 horas. Es el que atiende todas las tareas, es el que alimenta, es el que cuida. El terapeuta no está si el paciente se siente mal. Finalmente, ¿quién es el que calma el dolor para que otro pueda trabajar?

En un tono mucho más enfático, Braulio, enfermero que está a cargo de uno de los nuevos dispositivos, comenta:

Nosotros siempre estamos en rehabilitación, para el enfermero lo fundamental es rehabilitación. Nosotros desde la mañana, desde que lo empezás a atender. ¿Qué empezás a hacer? La observación, lo levantas, le hacés la higiene, le das el desayuno, la medicación. Estás observándolo todo el tiempo. [...] Grabáelo en la cabeza, Enfermería es el eje principal de la rehabilitación. Estamos todo el tiempo rehabilitando. Les enseñamos cómo comer, cómo bañarse, cómo cambiarse.

En esta búsqueda por valorizar su actividad por un lado, de demarcar su propio espacio y mantenerlo, nos remonta a un incidente menor, pero muy revelador en este sentido. Una mujer, recientemente contratada como operadora convivencial, llevaba alrededor de su cuello un estetoscopio. Al verla, Elena, una supervisora de larga experiencia que hacía inspecciones corrientes en los pabellones, le llamó la atención, haciéndole notar que no estaba habilitada para tomar signos vitales y que debía, por lo tanto, atenerse a desarrollar las tareas para las que era competente. Al mismo tiempo, Elena, a la que acompañamos en muchas de sus recorridas, alentaba al personal a contribuir con ciertos detalles decorativos a fin de que *se vea la mano de la mujer*. Como en muchos otros casos de enfermeras que fueron instruidas en la Colonia y tuvieron formación fuera del ámbito institucional, Elena mantenía un cuidadoso balance entre el desarrollo de los aspectos estrictamente técnicos y el ethos maternal en la construcción de su identidad (Apesoa-Varano, 2007).

En el largo proceso encarado por la Dirección de ir desarrollando conciencia en el personal respecto de los nuevos lineamientos, tuvimos ocasión de presenciar algunas de las charlas que el personal de psicología ofrecía en los diversos pabellones en donde se habían contratado operadores convivenciales. En este caso preciso, se trataba de un grupo de mujeres muy jóvenes y entusiastas que recién comenzaban a desarrollar sus tareas en el ámbito de la Colonia. La charla se llevó a cabo en el *Office* de Enfermería de uno de los pabellones de mujeres y, aunque nadie lo manifestaba, se advertía cierta tensión. Auxiliares y enfermeras estaban invitadas a presenciar la exposición como espectadoras. Brevemente, el equipo de profesionales hizo referencia a la creación de la Colonia, a la distinción entre la psicosis y la discapacidad mental, poniendo énfasis en el proceso de psiquiatrización de la discapacidad. Mientras la charla se desarrollaba, una de las enfermeras armaba flores de papel para el festejo de la primavera. La tensión iba creciendo entre el antiguo personal de enfermería, al tiempo que otra de las psicólogas resaltaba:

Hay una búsqueda por reinstalar el deseo. Aquí no se ha dado lugar al paciente como sujeto. Además el vínculo con la familia es muy traumático. Desde que nace, los padres son informados de la ‘falla’ del hijo. Y las familias pasan desde el abandono hasta la sobreprotección. Por lo tanto no se ve al niño como un sujeto. Se piensa por él. Se le ayuda, no se lo toma como un Otro en tanto que deseante.

Esta última reflexión crispó el ánimo de una de las enfermeras, que enfurecida comentó:

Lo del ‘Otroentantoquedeseante’ a nosotros no nos sirve, porque lo que necesitamos es que nos cierren las puertas de los túneles,¹⁵ porque por ahí se nos pueden llegar a caer los pacientes. [...] Se muere un paciente y es a nosotras a las que nos encaminan un sumario.

Esta intervención, además de poner de manifiesto conflictos latentes entre dos conceptualizaciones paradigmáticamente diferentes respecto de cómo encarar un tratamiento, alerta sobre la responsabilidad inherente al personal de enfermería frente al internado y la necesidad de resolución de aspectos primordiales para el seguro funcionamiento del pabellón.

El grupo de psicólogas, de larga experiencia en la institución y con una clara conciencia de la necesidad de resolver problemas estructurales, dio paso a que el personal de Enfermería se explayara respecto de sus problemas concretos y las alentó para hacer los reclamos pertinentes. La mayoría de estos, tanto en éste como en los otros pabellones, estaban vinculados con problemas de mantenimiento que incidían en un adecuado manejo del pabellón. Su listado nos recuerda lo expresado por Chambliss cuando dice que el hecho de “estar en escena durante todo el día implica que las enfermeras están para integrar los diferentes aspectos dentro del hospital. Ya que no hay un consenso general respecto de la labor de la enfermera, tampoco hay límites para su trabajo” (Chambliss, 1996: 66). Pese a la variedad de tareas que las enfermeras/os desarrollan en la Colonia, muy pocas reflexionaron sobre la adecuación del trabajo que realizan a su verdadera actividad profesional. Cualquier tarea que no esté prevista estrictamente dentro del quehacer enfermero, igual se acepta como tal, puesto que se la percibe como una forma de *cuidado integral del paciente*.

Esta ductilidad ante el despliegue laboral contrasta con la posición de otros profesionales del área de salud. En la narrativa siguiente, Rosario, una joven enfermera a cargo de uno de los nuevos dispositivos, comenta las vicisitudes iniciales y ajustes en la implementación del nuevo modelo psicosocial. La propuesta era tratar de que su Centro de Día tuviera las características de un hogar y no las del funcionamiento rígido de los pabellones.

Yo adhiero a flexibilizar las normas del pabellón, pero no creo que por eso se deba estar en el desorden total. En una casa no hay desorden. Y uno tiene un horario para ir al médico. No hay que confundir. Esto debería ser un equipo. Tenemos que tirar todos para el mismo lado. Al principio yo acá me sentía mal, porque mi función aquí era como hacer de *mucamita*. Porque las primeras veces que estuve me tocó estar sola. Y me sentía como la *mucamita* del lugar. Yo limpiaba y cambiaba. ‘¡Ah! Porque yo soy profesional, no voy a cambiar pañales’, decían los otros. Yo soy enfermera profesional y cambio pañales. Y pongo zapatillas y meto a los chicos al baño. Estamos todos acá [embarcados en el mismo proyecto] me parece que el tema del ser profesional... Yo no soy menos profesional porque entro al baño con un chico. Yo estuve muchos días sola, tapada de trabajo y el equipo de rehabilitación estaba muy contento tomando mate... Guardando la ropa, doblando la ropa, cambiando a los chicos: ‘Total, la tonta hace las cosas’. ¿Qué se creen, que yo soy el burrito de carga que viene a hacer de *mucamita* de ellos? No, así no es.

En esta narrativa, recabada hacia mediados de 2008, pueden leerse varios “textos” relativos al proceso de cambio en la institución. Uno de los aspectos más interesantes, sin embargo, es este descubrimiento que hace la joven enfermera de la invisibilidad y consecuente desvalorización de su tarea por parte del equipo multidisciplinario, modalidad de trabajo muy alentada por la nueva gestión institucional. Tal como ya lo viera Chiappetta-Swanson (2005), las enfermeras hacen el “trabajo sucio”, pero indispensable para otros, quienes construyen su respetabilidad en la sociedad, manteniéndose por encima de esas tareas.

Así como no se valora la labor en sí misma, también se invisibiliza la cantidad de tiempo puesta al servicio de logros conseguidos dentro de lo que hemos llamado “trabajo sucio”, solamente reconocido por otro que haya hecho la misma tarea. Respecto de uno de los Talleres de Control de Esfínteres, comentaba Jacinta, una de las profesionales:

Nosotros empezamos acá en que cada hora iban al baño. Era muy molesto, pero ahora sólo los levantamos a las 12,30 y a las 5 y cuarto. Pero antes los teníamos que levantar tres y cuatro veces. Estos pacientes, eran los nueve de pañales. Había que trabajar para quitarle el pañal. [...] De repente, tenés que estar mucho así [muy encima del paciente], pero bueno, vas sintiendo la satisfacción.

La falta de valoración de los no-enfermeros sobre los logros alcanzados pareciera compensarse con la satisfacción personal de llevar a cabo la tarea. De hecho, el 96% del personal de Enfermería de la Colonia registra un alto grado de satisfacción con la labor que realiza (Balzano, 2011).

Por otra parte, la marginalidad de las personas a las que asisten despierta en el personal de Enfermería de la Colonia una posición de defensa. En

numerosas ocasiones escuchamos decir: “*Claro, como esta gente no vota...*”, haciendo alusión a la falta de interés de las autoridades de turno en la mejora de la situación de los residentes. Este compromiso existencial con la persona a la que se le dispensan cuidados aparece como uno de los componentes más valorados en la construcción de su identidad. En una de las entrevistas en donde rescatamos extractos de historias de vida en respuesta a cómo había sido su ingreso a la institución, Ernestina, auxiliar de Enfermería, comentó:

Alguien una vez me dijo: ‘si vas a entrar a trabajar ahí [en la Colonia], ponéte en la piel de ellas, si querés trabajar bien’. ‘Ah! ¡Voy a entrar ahí! Yo no lo voy a soportar... Entonces un hombre que tuvo a la esposa acá, pero en otro pabellón, me dijo: ‘Ponéte en la piel de ellas y vas a ver cómo las vas a entender’. Y yo me pongo en la piel de cada una.

Este proceso de identificación, expresado a través del *ponerse en la piel del otro*, sólo funciona en la medida en que la enfermera participe activamente como escucha de la vida del otro. Es en esta interacción en donde pareciera empezar el proceso terapéutico.

DISCUSIÓN Y REFLEXIONES FINALES

La reestructuración del modelo tradicional de atención en la Colonia, caracterizado por una fuerte impronta de lo biomédico, las medidas tomadas por las autoridades para el logro de los nuevos objetivos y la puesta en común en las reuniones periódicas con personal de otras áreas de atención desataron un proceso de reflexión que permitió que recabáramos los testimonios del personal de Enfermería de la institución respecto del alcance de su labor. Cualquiera sea el paradigma epistemológico en el que hayan sido formadas, tanto auxiliares como enfermeras/os subrayan su cualidad de ser presencias permanentes y visibles, en confrontación con la tarea de los otros que asisten al residente, mostrando cómo su rol se ve profundamente afectado por la obligación de presentar continuidad en tiempo y espacio (Strauss, 1966). Este compromiso en cuanto a la presencia visible y permanente se acentúa aún más en la interacción con el discapacitado mental, con quienes establecen lazos muy profundos, entre otras cosas debido a que el promedio de años de internación en el establecimiento es de veinte años.

Mucho se ha debatido en los círculos académicos enfermeros sobre el grado de cercanía óptima en la relación paciente-enfermera; coincidimos con Benner

y Wrubel (1989) cuando afirman que es imposible que las enfermeras cuiden de sus pacientes y los ayuden sin cierto grado de compromiso personal. En el caso de la Colonia, dicho compromiso aparece signado por la asunción de la defensa del otro, de quien se transforman en voceros, en tanto velan por su seguridad. En este sentido, el personal de Enfermería no tiene problemas en visibilizar su propia actividad. Pero también el compromiso se manifiesta por la empatía, por el *meterse en la piel del otro*, tal como hemos visto en el testimonio de Ernestina, y por compartir su intimidad en esta tarea de reordenarle “las cosas fuera de lugar”, tan característico de todo el quehacer enfermero. En este compromiso personal, fundado en el afecto y el cariño del que hablaba Teresa, y en el adiestramiento de la persona discapacitada para reorientarla desde la incontinencia pública al control privado del cuerpo, presente en la narrativa de Jacinta, se invisibiliza la labor enfermera. Como nos mostraba Rosario, parte del profesionalismo en el quehacer enfermero está en el buen entrenamiento de disimular “las cosas fuera de lugar” del otro al que cuido. Es en esta experimentada discreción de lo que hacen por el otro para preservar su dignidad en donde encuentran la suya propia.

A pesar del doble estigma por su trabajo como enfermeras/os en una colonia de *locos*, la identidad laboral del colectivo permanece, más que intacta, fortalecida en función de contribuir a la dignidad del otro, construyendo una fuerte cultura organizacional en la que identifican a un nosotros versus un ellos no-enfermero (Ashforth y Kreiner, 1999), tal como hemos visto en los testimonios de Néstor, Charito y Braulio, relativos al impacto de su labor en contraposición a la de médicos, psicólogos y terapeutas ocupacionales. Sin embargo, no dejan de percibir que, ante los nuevos cambios, van perdiendo parte del poder que caracterizaba al colectivo en función de haber sido, en épocas pasadas, *la mano derecha de los médicos*.

En un reciente trabajo etnográfico, Philip Stafford (2003) muestra cómo el ámbito de internación geriátrico se convierte en un espacio disputado en cuanto a la atribución de significados; las áreas grises de los que asisten transitan entre el dominio médico del tratamiento y el dominio doméstico del cuidado. Para las enfermeras/os de Montes de Oca no hay áreas grises, son las enfermeras/os las que están; las que a través de sus cuidados remiten y reintegran al padeciente al dominio de lo doméstico, sin por ello descuidar los aspectos estrictamente biomédicos.

NOTAS

¹ En un estudio realizado en más de 168 hospitales estadounidenses, los autores (Aiken, *et al.*, 2003) muestran que, cuando en los hospitales aumenta un 10% la cantidad de enfermeras profesionales, disminuye en un 6% el número de muertes de pacientes.

² Tomamos la noción de visibilidad/invisibilidad desarrollada por Andrea Brighenti, quien sostiene que la visibilidad, en tanto categoría sociológica, se encuentra en la intersección de dos dominios, el de la estética (en cuanto a las relaciones de percepción) y la política (en cuanto a relaciones de poder). “Cuando ambos términos son entendidos de forma comprensiva, tiene sentido afirmar que el medio entre esos dos dominios es lo simbólico” (Brighenti 2007:324). Esto le permite a Brighenti asociar la noción de visibilidad al reconocimiento público, a la lucha por este y al contexto político asociado.

³ El 16 de junio de 1985 desaparece de la institución la doctora Cecilia Giubileo. Se han barajado innumerables hipótesis, pero ninguna de ellas fue fehacientemente comprobada: “Maltratos, mala atención, muertes misteriosas, desaparición de pacientes, venta de órganos, violaciones y robo de medicamentos. [...] Tampoco [hubo] un pronunciamiento judicial al respecto. Las conjeturas sobre la desaparición de Cecilia Enriqueta Giubileo fueron infinitas. Se dijo que había descubierto una red que se dedicaba al tráfico de órganos y que, por eso, la habían secuestrado y asesinado. Que había sido víctima de la venganza de un grupo de tareas de los terribles setenta o de una organización subversiva. También se aseguró que se había exiliado en un pueblo limítrofe entre Ecuador y Colombia...” (Clarín, 2004).

⁴ Conjuntamente con la encuesta se administró el Inventario Maslach para la evaluación del Burnout del personal de Enfermería. Los resultados de la evaluación revelan un alto índice de Burnout por cansancio emocional, que se registra especialmente entre el personal de menor jerarquía que reviste en la Colonia (Balzano, 2011).

⁵ De acuerdo con los registros de matriculación de 2005, existen en la Argentina 68,6% de auxiliares y 31,4% entre licenciados en enfermería y enfermeros universitarios (Luttermann de Schiavi, 2008).

⁶ Cuando hablamos de nuevos dispositivos, nos referimos a los Centros de Día, Casas de Medio Camino y/o algún tipo de reformulación de las estructuras tradicionales, tales como la sectorización de pabellones convertidos en Hogares.

⁷ En la jerga de enfermería, se denomina *empírico* al personal que no ha tenido ningún tipo de instrucción formal en la disciplina y que aprendió por medio de la observación de la práctica.

⁸ Los talleres eran de albañilería y pinturería, carpintería, escobería y lavadero, colchonería, herrería, panadería, sastrería, zapatería e imprenta. Además del gimnasio, la escuela (para varones y mujeres), la iglesia y el teatro, había sectores especiales dedicados a la jardinería y a la horticultura.

⁹ Si bien no es objetivo del presente trabajo analizar las concepciones epistemológicas de los entrevistados, el discurso de los integrantes del Departamento de Enfermería revela

conceptualizaciones que enfatizan la laboriosidad y la obediencia, elementos supuestamente indicativos de la razón recobrada, que fueron bastiones de lo que se llamó el tratamiento moral, como práctica del alienismo y del higienismo en el siglo pasado.

¹⁰ Desde 2003 a 2005 funcionó, dentro de la Colonia, la Escuela Universitaria de Enfermería en convenio con una universidad de la provincia de Buenos Aires.

¹¹ Es así como las llamadas subrogantes o jefas de servicio suelen mantenerse dentro del *office* de enfermería de sus respectivos pabellones, mientras que los supervisores permanecen dentro del Departamento de Enfermería, haciendo visitas periódicas a los pabellones. Son las auxiliares las que mayor contacto tienen con los pacientes y las que mayormente se ven envueltas en lo que Hughes ha llamado el “trabajo sucio”.

¹² Hacia fines de 2003, en ocasión de haberse encontrado golpeada a una paciente, pudimos observar que el personal de Enfermería del turno en el que la paciente fue encontrada había sido castigado y enviado al 7, hasta tanto se resolviera el caso. Merece señalarse también que, en el proceso de transformación iniciado a partir de 2004-2005, el mencionado pabellón fue el primero en ser reacondicionado, tanto en lo que hace a lo edilicio como a los servicios que ahí se prestaban.

¹³ A fin de involucrar a todo el personal en el proceso de cambio, se llevaron a cabo numerosos encuentros con gente externa a la institución, como de Derechos Humanos. Estos dictaron un taller sobre las nuevas tendencias respecto de la salud mental.

¹⁴ El personal que reviste en la Colonia suele referirse a los internados con las expresiones *chicos* o *chicas*, sin importar la edad de la persona.

¹⁵ Se refiere a antiguos túneles que interconectaban los diferentes edificios de la Colonia. La falta de mantenimiento los ha transformado en inutilizables y peligrosos.

BIBLIOGRAFÍA

- ABLARD, Jonathan. 2003. “Authoritarianism, democracy and psychiatric reform in Argentina, 1943-83”. *History of Psychiatry*, Nro.18: 361-376.
- AIKEN Linda, CLARKE Sean, CHEUNG Robyn, SLOANE, Douglas y SILBER, Jeffrey. 2003. “Education levels of hospital nurses and patient mortality”. *Journal of the American Medical Association*, Nro. 290: 1617-1623.
- APESOA-VARANO, Carolina. 2007. “Educated Caring: The Emergence of Professional Identity among Nurses”. *Qualitative Sociology*, Nro. 30: 249-274.
- ASHFORTH, Blake y KREINER, Glen. 1999. “How Can You Do It?: Dirty Work and the Challenge of Constructing a Positive Identity”. *Academy of Management Review*, Nro. 24: 413-434.

- BALZANO, Silvia. 2007. "Cuando las disciplinas de la norma legitiman la (norma)lidad: De 'buenas y malas conductas y descompensaciones' en la Colonia Montes de Oca". *Intersecciones en Antropología*, Nro. 8: 339-353.
- BALZANO, Silvia. 2008. "Si hay libertad, todo lo demás sobra. Reflexiones sobre el proceso de institucionalización en una colonia psiquiátrica". *Gazeta Antropológica*, Nro. 24. <http://www.ugr.es/~pwlac/Welcome2008.html> (5 de septiembre de 2009).
- BALZANO, Silvia. 2011. "Del cuidado a los que cuidan: Síndrome de desgaste laboral crónico en una Colonia Neuropsiquiátrica". En: S. Balsano (comp.). *De la Nueva Cuestión Social al Cuidado y la Sociabilidad*. Buenos Aires: EDUCA, pp. 207-234.
- BENNER, Patricia y WRUBEL, Judith. 1989. *The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness*. California: Addison-Wesley.
- BJORKLUND, Pamela. 2004. "Invisibility, Moral Knowledge and Nursing Work in the Writings of Joan Liaschenko and Patricia Rodney". *Nursing Ethics*, Nro. 11: 110-121.
- BRIGHENTI, Andrea. 2007. "Visibility: A Category for the Social Sciences". *Current Sociology*, Nro. 55: 323-342.
- CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES (CELS). 2007. *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos Argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental en Argentina*. Madrid: Siglo XXI.
- CLARÍN. 2004. *El caso de la Doctora Giubileo. Una misteriosa desaparición que ya tiene más de dieciocho años*. <http://www.clarin.com/diario/2004/01/05/g-04540.htm>
- CLARK, June. 1999. "Language for Nursing". *Nursing Standard*, Nro. 13: 42-47.
- COHEN, Helen. 1981. *The Nurse's Quest for a Professional Identity*. California: Addison-Wesley Publications Co.
- COLLIERE, Marie. 1986. "Invisible Nursing and Invisible Women as Health-Care Providers". *International Journal Nursing Studies*, Nro. 23: 95-112.
- CUMMINGS Greta, HAYDUK Leslie y ESTABROOKS Carole. 2005. "Mitigating the impact of hospital restructuring on nurses: the responsibility of emotionally intelligent leadership". *Nursing Research*, Nro. 54: 2-12.
- CHAMBLISS, Daniel. 1996. *Beyond Caring. Hospitals, Nurses and the Social Organization of Ethics*. Chicago: The University of Chicago Press.
- CHIAPPETTA-SWANSON, Catherine. 2005. "Dignity and Dirty Work: Nurses' Experiences in Managing Genetic Termination for Fetal Anomaly". *Qualitative Sociology*, Nro. 28: 93-113.
- DAVIS, Anne. 2007. *El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y qué debemos cuestionar*. http://212.9.72.18/uploadsBO/Noticia/Documents/ANNE%20DAVIS%20CASTELL%C3%A0_DEF.PDF (6 de agosto de 2009).

- DE SCHIPPER J. Clasien, STOLK, Joop y SCHUENGEL, Carlo. 2006. "Professional caretakers as attachment figures in day care centers for children with intellectual disability and behavior problems". *Research in Developmental Disabilities*, Nro. 27: 203-216.
- DE TITTO, Raúl, RICCI, María y DE TITTO, Ricardo. 2004. *Historia de la Enfermería. Formación y Perspectivas*. Buenos Aires: El Ateneo.
- DOUGLAS, Mary. 1984. *Purity and Danger*. London: Ark Paperbacks.
- DUCHSCHER, Judy. 2008. "Process of Becoming: The Stages of New Nursing Graduate Professional Role Transition". *The Journal of Continuing Education in Nursing*, Nro. 39. <http://www.jcenonline.com/view.asp?rID=31914> (20 de agosto 2009).
- FLORÍN, Elena. 2006. "Crisis en la salud o política de Estado". *Tribuna de Salud*, Nro. 5. <http://www.tribunadesalud.com.ar/node/45> (7 de agosto de 2009).
- GALENDE, Emiliano y KRAUT, Alfredo. 2006. *El Sufrimiento Mental. El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- GÓMEZ, Patricia y OLIVARES, Emilce. 2006. "Calidad de Atención de Enfermería en Salud Mental Comunitaria". www.paho.org/Spanish/AD/GE/consultorio-enfermeria-saludmental-march06.pdf. (6 de agosto de 2009).
- GREINER, Claire. 1991. "Desperately Seeking Nurses: Hospital Restructuring Makes RN Jobs Less Attractive". *Anthropology of Work Review*, Nro. 12: 13-16.
- GRIMBERG, Mabel. 2009. *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Antropofagia.
- HEREDIA, Ana, ESPINO, Susana, MALVÁREZ, Silvina y HABICHAYN Alba. 2005. "Profesionalización de Auxiliares de Enfermería en Argentina". En *La profesionalización de Auxiliares de Enfermería en América Latina, Córdoba, Organización Mundial de la Salud*, Serie Iniciativa Regional para la Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Edición Especial Nro. 13.
- HUGHES, Everett. 1962. "Good People and Dirty Work". *Social Problems*, Nro. 10: 3-11.
- HUGHES, Everett. 1971. *The Sociological Eye: Selected Papers*. New Brunswick: Transaction Books.
- IACOPONI, Lucía. 1999. "El Hospital Interzonal Colonia Dr. Domingo Cabred y el método Open Door". *Alcmeon*, Vol. 7 Nro. 4. http://www.alcmeon.com.ar/7/28/alc28_03.htm
- JACKSON, Eileen. 1997. "Dimensions of Care in Five United States Nursing Homes: identifying invisible work in care-giving". *International Journal of Nursing Studies*, Nro. 34: 192-200.
- KRISTEVA, Julia. 1990. *El poder del horror. Un ensayo sobre la abyección*. Barcelona: Anagrama.

- LARROBLA, Cristina y BOTEAGA, José. 2001. "Restructuring mental health: a South American survey". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* Nro. 36, 256-259.
- LAWLER, Jocalyn. 1991. *Behind the Screens. Nursing, Somology, and the Problem of the Body*. Melbourne: Churchill Livingstone.
- LEA Amandah, WATSON Roger y DEARY Ian. 1998. "Caring in nursing: a multivariate analysis". *Journal of Advanced Nursing*, Nro. 28: 662-671.
- LEININGER, Madeleine. 1988. *Caring an Essential Human Need*. Detroit: Wayne State University Press.
- LUTTERAL DE SCHIAVI, Patricia. 2008. "Situación de Enfermería en la Argentina". Ponencia presentada en el *XI Congreso Argentino de Salud Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas*. Salta, 18 y 19 de septiembre de 2008. http://www.acami.org.ar/c_2008_presentaciones.asp?id=3 (5 de agosto de 2010).
- MAC NEELA, Pádraig, SCOTT, Anne, TREACY, Margaret y HYDE Abbey. 2006. "Nursing minimum data sets: a conceptual analysis and review". *Nursing Inquiry*, Nro. 13: 44-51.
- MALAMUD, Moisés. 1972. *Domingo Cabred*. Buenos Aires: Ediciones Culturales Argentinas.
- MENÉNDEZ, Eduardo. 1979. *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. México: Nueva Imagen.
- NORWOOD, Susan. 2005. "The Invisibility of Advanced Practice Nurses in Popular Magazines". *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, Nro. 13: 129-133.
- ROTHBARD, Aileen y KUNO, Eri 2000. "The Success of Deinstitutionalization". *International Journal of Law and Psychiatry*, Nro. 23: 361-373.
- STAFFORD, Philip. 2003. *Gray Areas: Ethnographic Encounters with Nursing Home Culture*. Santa Fe: School of American Research Press.
- STRAUSS, Anselm. 1966. "The Structure and Ideology of American Nursing: An interpretation". En: F. Davis (ed.). *The Nursing Profession: Five Sociological Essays*. New York: John Wiley & Sons, pp. 60-108.
- TORRALBA I ROSELLÓ, Francesc. 1998. *Antropología del Cuidar*. España: Institut Borja de Bioética - Fundación MAPFRE Medicina.
- VEZZETTI, Hugo. 2006. "El desmanicomializador de Lanús". <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-73629-2006-09-28.html> (01 abril 2009).
- WATSON, Jean. 1988. *Nursing Human Science and Human Care. A Theory of Nursing*. New York: National League of Nursing.